365

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE SECRET MÉDICAL

ET LA

Déclaration des Maladies Contagieuses

PAR

Marie-Pierre-Armand-Paul FRUICTIER

Né à Amiens le 4 Janvier 1879

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Président : Monsieur THOINOT, Professeur

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Ar^t^).

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-TINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBÉCOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LETTERER	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÉSE

Monsieur le Professeur THOINOT

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Il pourra sembler téméraire qu'un jeune débutant dans l'art de la médecine s'attaque à une question aussi débattue que celle du Secret Médical, alors que les ouvrages de tant de professeurs réputés et les relations de nombre de praticiens expérimentés paraissent avoir épuisé ce sujet jusqu'à la moelle. Mais la grande quantité même des débats qui ont eu lieu sur cette question, prouve que l'accord est loin de régner dans le corps médical en cette matière et la recrudescence des discussions que l'on a pu constater ces derniers temps nous a conduit à penser qu'il pouvait y avoir intérêt à envisager dans une étude d'ensemble les faits qui ont motivé cette soudaine effervescence.

Il y a une trentaine d'années, en effet, sous l'influence de l'enseignement de Brouardel et grâce à une évolution très nette de la jurisprudence, comme nous le verrons par la suite, la question du secret médical semblait avoir été définitivement résolue. Juges et médecins s'étaient mis d'accord, ou à peu près, sur l'interprétation à donner à l'article 378 du Code pénal, pour recon-

naître que l'obligation du secret médical s'imposait de façon absolue et que sa violation devait tomber sous le coup de la loi, quelque honorables que fussent les raisons invoquées pour y contrevenir. Mais les progrès de la médecine et en particulier de l'hygiène sociale, et l'évolution parallèle des conceptions politiques qui tendent de plus en plus à sacrifier, dans la société moderne, les droits de l'individu aux intérêts de la collectivité, ont amené le vote d'une série de mesures relatives à la santé publique qui restreignent singulièrement le domaine du secret médical et ne tendent à rien moins qu'à en transformer complètement les éléments, sinon à le détruire.

Ainsi donc, d'une part, évolution des tribunaux depuis trente ans vers une conception de plus en plus rigoureuse et absolue du secret médical ; d'autre part, tendance des pouvoirs publics à en restreindre constamment l'application, tels sont les deux phénomènes de mouvement contraire qui ont occasionné le conflit auquel nous assistons en ce moment et qui, selon toute apparence, n'est pas près de se terminer.

Il nous a paru intéressant de rassembler ici les arguments apportés de part et d'autre à cette controverse si ardue sur les rapports du secret médical et de la santé publique. Nous étudierons donc en premier lieu la façon dont le secret médical est envisagé actuellement par l'ensemble des médecins, et la manière dont il est compris par les juges en application des dispositions légales. Puis nous verrons quels peuvent en être les inconvénients au point de vue de la protection de la santé

publique et quelles mesures l'Etat a été amené à prendre ou désire instaurer pour en prévenir les effets. Nous examinons enfin les critiques adressées par le corps médical, à cette initiative des pouvoirs publics et nous nous efforcerons d'en déduire les conditions auxquelles il semble qu'un accord puisse intervenir entre les deux parties en cause.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lesecretmedicale0018vari

CHAPITRE I

Le domaine du secret médical d'après les juges et les médecins

« D'après la définition du conseiller Tanon et de la Cour d'Aix, dit le professeur Thoinot (1), tout ce que le malade confie à son médecin est un secret, si infimes, si ridicules mêmes que soient les confidences ainsi faites ». Mais cette définition, si large soit-elle, n'est pas encore suffisante. « Pour nous, écrit Brouardel (2), le secret n'est pas seulement ce qui nous a été confié, mais ce que nous avons vu, entendu, compris à l'occasion de nos fonctions médicales. Le secret de notre client est tellement le nôtre, à nous médecins, que lui, client, ignore souvent ou son existence ou son étendue ; il ne peut pas nous en libérer parce que lui-même ignore ce dont il nous délie. »

C'est du reste ce que l'ancienne Faculté de Médecine

(1) *Gazette Médicale de Paris*, décembre 1909, p. 11.

(2) *Le Secret Médical*, Paris 1887, p. 284.

de Paris avait résumé dans ses statuts par la formule si souvent citée : *Aegrorum arcana visa, audita, intellecta, eliminet nemo*, que personne ne révèle les secrets des malades qu'il aurait pu voir, entendre ou saisir.

Mais le secret médical défini de cette façon, est continuellement violé, souvent avec l'approbation et parfois sur l'ordre des magistrats, par exemple, par la rédaction de certificats médicaux, par les renseignements que le médecin donne sur l'état de santé de son malade aux parents, aux supérieurs hiérarchiques ou aux employeurs de celui-ci. « Il faut donc s'efforcer, dit Vibert (1), de trouver des caractères permettant de discerner, parmi les faits que le médecin a appris dans l'exercice de sa profession, ceux qui ne doivent pas être révélés. »

Mais, ajoute aussitôt le même auteur, « un critérium certain est impossible à trouver. Néanmoins on peut chercher à indiquer tout au moins quelques-uns de ces caractères. »

C'est ce que fait Brouardel (2) quand il indique trois éléments principaux du secret médical. Ce sont, dit-il :

1° *La nature de la maladie*, les affections vénériennes appelées *honteuses* ou *secrètes*, dans le langage populaire ; toutes les maladies réputées héréditaires.

Pour les autres maladies, surtout les maladies épidémi-

(1) Médecine légale, Paris 1911, p. 796.

(2) *Loc. cit.*, p. 241 et suiv.

ques, variole, scarlatine, choléra, etc., la révélation de leur nom ne constitue certainement pas la violation d'un secret.

Nous pouvons être tenus de les dénoncer aux pouvoirs publics, dans des cas particuliers. Nous pouvons également et, d'ailleurs, avec l'assentiment des familles, utilement avertir leurs amis ou parents que leur domicile est interdit à toutes les personnes qui ne sont pas utiles pour donner des soins.

Mais il faut restreindre ces confidences parfois nécessaires au minimum utile, pour que, dans d'autres circonstances, notre silence ne soit pas interprété d'une façon défavorable si nous refusons de déclarer le nom de l'affection.

2° *L'avenir, le pronostic de la maladie* constitue le second élément du secret. Souvent nous sommes assaillis par des amis ou des parents qui, sous l'empire d'un mobile affectueux ou intéressé, nous demandent des renseignements sur la gravité de la maladie dont est atteint l'un des leurs. Nous ne devons, sur ce point, la vérité qu'aux personnes immédiatement intéressées, le mari, la femme, les parents, les enfants. Une confidence de cet ordre a pu être exploitée dans un but coupable (Legrand du Saulle) ; elle peut, si le malade revient à un état de santé plus favorable, lui être opposée dans ses efforts ultérieurs et briser sa carrière (diabète, phtisie). Chacun de nous connaît des malades dont l'avenir a semblé cruellement compromis à un moment donné et qui se sont relevés, ont eu une carrière des plus actives pendant de longues années.

3° *Enfin il est des circonstances de fait* qui font un secret d'une maladie qui, sans les conditions étrangères à celle-ci, pourrait être librement divulguée.

Une blessure par un coup d'épée n'est pas, par sa nature,

de la catégorie des affections secrètes. Mais si elle est reçue dans un duel, elle peut le devenir (Affaire Saint-Pair).

Il en est de même d'une mort subite survenue dans une maison mal famée, etc.

Telles sont les conditions principales qui font d'une maladie un secret. Mais, je le répète à dessein, si nous voulons que, lorsque nous nous taisons, notre silence ne soit pas interprété d'une façon défavorable, il faut que, même pour les maladies qui n'ont rien de secret, nous observions le silence.

Et le professeur Thoinot, dans son enseignement oral (1) de résumer ces règles dans la formule pratique suivante :

« On doit considérer comme secret tout ce que le médecin apprend ou constate dans l'exercice de sa profession et dont la divulgation serait préjudiciable à l'individu ou à sa famille, soit par suite de la nature des faits eux-mêmes, soit en raison des circonstances dans lesquelles ils se sont produits ».

Telle est la façon dont on envisage généralement le secret médical dans l'enseignement de la Faculté. Hâtons-nous de dire, cependant, qu'elle apparaît encore comme insuffisante à un certain nombre de médecins. « Le secret médical doit être absolu, ou il n'est pas », dit le professeur Gaucher, et reprenant cette même idée, le Dr Fournié démontre dans une communication à la Société Médicale du VIe Arrondissement de Paris (2)

(1) *Conférences complémentaires de médecine légale*, Paris 9 mai, 1914.
(2) 25 avril 1904.

que le secret médical est aboli en fait dès que le médecin se fait juge des cas dans lesquels il peut parler, « le silence étant une condamnation sitôt qu'il n'est pas obligatoire ».

C'est du reste à cette interprétation stricte et absolue du secret médical que se sont ralliés les tribunaux dans ces dernières années. On sait que l'obligation du secret médical, qui était d'ailleurs de tradition parmi les médecins depuis les temps les plus reculés, comme le montre le fameux serment d'Hippocrate, après avoir été sanctionnée par des arrêts divers du Parlement sous l'ancien régime, a été finalement édictée de façon formelle par le législateur en 1810 lors de la promulgation du Code Pénal. L'article 378 de ce code dispose en effet que « les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, ont révélé ces secrets, sont punis d'un emprisonnement d'un an à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs ».

Au début, les tribunaux s'en tenant à la lettre de cette rédaction, interprétèrent les mots « les secrets qu'on leur confie » dans ce sens que seules les confidences faites sous le sceau formel du secret ne pouvaient être révélées. Telle est par exemple la solution donnée (1) par un arrêt de la Cour de Cassation de 1845.

(1) Cassation, 26 juillet 1845 ; *Dalloz*, 1845-1-340.

Mais une semblable restriction était trop évidemment contraire à l'esprit de la loi pour pouvoir durer. Ce qu'a voulu le législateur, en effet, en édictant les peines prévues à l'article 378 du Code pénal, c'est assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de la profession médicale, garantir le repos et l'honneur des familles et permettre à tout individu atteint d'une affection quelconque de se faire soigner sans avoir à redouter les conséquences fâcheuses d'une divulgation possible. Or, prétendre que seuls étaient secrets les faits dévoilés comme tels par le malade au médecin et que ce dernier pouvait révéler sans crainte tout ce qu'il avait pu apprendre par ses investigations professionnelles dans un examen auquel le client ne se prêtait que par nécessité et en toute confiance, était une théorie plutôt singulière. Aussi les tribunaux la répudièrent-ils bientôt pour en admettre une autre défendue par M. Hémar, alors avocat général à la Cour de Paris.

« L'intention criminelle est en droit commun, dit M. Hémar (1), l'un des éléments fondamentaux des crimes et des délits... L'article 378 appartient au droit commun.

« Placé sous la rubrique *Des calomnies et des injures*, la révélation des secrets participe de la nature de ces délits. Elle constitue une sorte de diffamation qui ne se comprendrait pas sans le dessein de nuire ».

La jurisprudence considéra donc que le secret médical s'étendait bien à tous les faits secrets par nature que

(1) *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1869 et *Société de Médecine légale*, tome I, p. 151.

le médecin avait connus dans l'exercice de sa profession, mais que leur révélation n'en était punissable aux yeux de la loi que lorsqu'elle avait été faite avec l'intention de nuire.

A ce premier pas dans la loi du rapprochement d'avec l'opinion traditionnelle du corps médical, vint bientôt s'en ajouter un autre, lorsque le 18 décembre 1885 la Cour de cassation, sur le rapport de M. le conseiller Tanon, confirma un jugement du Tribunal de 1re instance qui avait condamné le Dr Watelet à 100 francs d'amende pour avoir publié dans le journal *Le Matin* du 14 décembre 1884 une lettre dans laquelle ce médecin exposait que le peintre Bastien-Lepage était mort d'un cancer et se défendait de l'avoir intentionnellement envoyé mourir au loin pour se débarrasser de lui, comme l'avait prétendu un correspondant du *Voltaire*.

« Le but de sécurité et de protection visé par la loi déclare l'arrêt de la Cour, ne serait pas atteint si la loi se bornait à réprimer les révélations dues à la malveillance en laissant toutes les autres impunies. Le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire. »

Ce principe une fois posé, les tribunaux vont désormais de plus en plus faire du secret médical un devoir général et absolu. Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de passer en revue tous les cas dans lesquels les juges ont été appelés à donner leur avis sur l'application de l'article 378. Disons seulement que d'après les jugements les plus récents, le médecin qui révèle aux pa-

rents d'une jeune fille la maladie dont est atteint le fiancé et qui, de ce fait, occasionne la rupture des projets de mariage, viole le secret professionnel et doit réparation du préjudice causé par cette divulgation (1).

De même viole le secret professionnel le médecin qui soignant un malade atteint de syphilis, révèle à la femme de celui-ci la maladie dont il est atteint en lui recommandant d'éviter tout rapprochement avec lui (2).

Le médecin qui a soigné une personne pendant sa dernière maladie ne peut révéler la cause de sa mort sans violer le secret professionnel. En conséquence, on ne peut faire état devant la justice d'un certificat délivré dans ces conditions (3).

Il est à remarquer que cette interprétation s'étend même à des faits qui peuvent paraître de notoriété publique. Un médecin d'Aix, spécialement chargé de l'examen des aliénés internés par mesure administrative, avait été appelé à constater l'état mental d'un employé dont la raison paraissait quelque peu altérée. Après examen, le praticien conclut qu'il y avait lieu de placer l'employé dans un asile et délivra le certificat prescrit par la loi.

Après un internement assez court, le malade demanda le divorce en prétendant que sa femme l'avait fait enfermer par intrigue. Celle-ci appela en témoignage

---

(1) *Tribunal civil de la Seine*, 11 juillet 1901. *La Loi* 22 juillet 1901.

(2) *Tribunal civil de Saint-Etienne* (1re Chambre), 2 décembre 1907. *Le Droit*, 7 décembre 1907.

(3) *Besançon*, 7 juin 1899. *Gazette des Tribunaux*, 26 octobre 1899. — *Aix*, 16 janvier 1900. *Le Droit*, 29 mars 1900.

le docteur qui avait établi le certificat. Le médecin, après avoir prêté serment de dire toute la vérité, crut pouvoir exposer les faits qui lui paraissaient justifier l'internement de l'employé récalcitrant. Ce dernier le poursuivit alors en correctionnelle et le fit condamner pour violation du secret professionnel (1).

Les tribunaux admettent généralement, d'ailleurs, que le médecin, bien qu'ayant prêté serment de dire toute la vérité, peut, dans un témoignage en justice, se retrancher derrière le secret professionnel, du moment qu'il considère comme confidentiels les faits sur lesquels on lui demande de déposer. Cette obligation cependant ne s'étend pas aux faits qui, bien que parvenus à la connaissance du médecin à l'occasion de l'exercice de sa profession, ne se rapportent pas directement au malade ou à la maladie, ont un caractère extra-médical et ne sont confidentiels ni par leur nature ni par la recommandation du malade (2).

Jusqu'en 1900, les tribunaux avaient parfois admis, contrairement à l'opinion des médecins eux-mêmes, que le malade pouvait relever le médecin du secret. Mais, comme le remarque fort bien Brouardel (3), quand un malade se tourne vers vous et s'écrie : « Dites la vérité ! » Quelle vérité allons-nous avouer ? Celle que nous lui avons donnée ? Mais elle n'est souvent que relative, et alors nous trompons la personne qui nous interroge. La

(1) *Aix*, 19 mars 1902. *Dalloz*, 1903-2-451.
(2) *Tribunal civil de Rennes*, 12 juin 1903. Dalloz, 1905-2-321.
(3) *Loco cit.*, p. 53.

vérité vraie, complète ? Mais alors nous allons bien au-delà de ce que l'on nous a autorisé à dire ». Actuellement, les tribunaux se sont ralliés à cette thèse comme le démontrent les deux jugements d'Aix (19 mars 1902) et de Rennes (12 juin 1903) que nous avons cités plus haut.

Enfin, restait la question de la nature des faits sur lesquels porte le secret médical.

L'arrêt de la Cour de Cassation du 18 décembre 1885 rendu à l'occasion de l'affaire Watelet s'appuyait sur cet argument que les faits révélés étaient *secrets par nature*. Un récent jugement du Tribunal civil de la Seine (1) va beaucoup plus loin :

« Attendu, dit-il, que le secret médical, sauf dans les cas limitativement spécifiés par la loi dans un but d'intérêt général ou d'hygiène publique, doit être strictement et religieusement gardé *quelle que soit la maladie pour laquelle le praticien a été appelé à donner ses soins ;*

Qu'on ne comprendrait pas que le médecin pût, arbitrairement, considérer comme révélables certaines maladies, alors que d'autres, d'après lui, doivent rester cachées ;

Que cette distinction ne lui appartient pas ; qu'il peut se rencontrer telle circonstance qui transforme une maladie réputée bénigne et inoffensive en une affection grave et de répercussion inquiétante et inattendue ; que le médecin ne doit

(1) *Tribunal civil de la Seine* (1re Chambre), 23 avril 1913, rapporté par le docteur Richaud, *Bulletin Officiel de l'Union des Syndicats Médicaux de France*, 1er octobre 1913, p. 606.

pas se faire juge de l'opportunité d'une révélation qui peut avoir pour la personne qui en est la victime de sérieuses et regrettables conséquences.

Et le médecin, qui avait révélé à un tiers le nom d'une maladie sans importance, fut condamné à 1 franc de dommages-intérêts envers le demandeur et aux dépens.

Ainsi donc, sur le secret professionnel en général, la jurisprudence a évolué petit à petit vers la conception du corps médical lui-même : comme ce dernier, elle est devenue intransigeante et tend à n'admettre aucune exception, considérant l'obligation du secret comme d'ordre public et absolue.

CHAPITRE II

De quelques dérogations légales au secret médical

Une obligation aussi impérieuse que celle du secret médical compris de la façon que nous venons d'exposer, si elle se justifie par des raisons de haute morale, n'en comporte pas moins de sérieux inconvénients. On donne bien comme raison de l'obligation étroite inscrite dans la loi, que celle-ci a eu en vue l'intérêt social : « La loi a puni la révélation en elle-même et pour elle-même, parce qu'elle a vu dans la révélation une atteinte portée à l'ordre public. Elle a voulu protéger le malade contre sa propre faiblesse et lui donner l'absolue certitude que jamais, quoi qu'il arrive, et le voulût-il un jour, rien ne sera trahi de ce qu'il apprend ou livre à l'homme de l'art de lui-même et de ses misères. Elle a voulu, enfin, protéger la pudeur publique toujours prompte à s'émouvoir quand il s'agit de choses d'un ordre aussi intime, contre le scandale des révélations » (1).

(1) Bruno-Lacombe. *Le secret professionnel en médecine*, discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée de la Cour de Bordeaux le 16 octobre 1885, p. 22.

Mais si la loi a cherché à « protéger la pudeur publique », elle a eu surtout pour effet d'assurer au malade, considéré individuellement, l'inestimable avantage de pouvoir se faire donner les soins nécessités par son état tout en continuant à cacher les tares dont il pouvait être atteint et dont la révélation serait susceptible de lui causer le plus grand tort à tous les points de vue.

Cela est tellement vrai, que l'on a vu les malades de tous les temps et de tous les pays réclamer impérieusement de leurs médecins l'obligation du secret médical et recourir même quelquefois à des procédés plutôt blâmables pour les obliger à le respecter. Sans prétendre faire ici le moindre historique de la question, peut-être ne sera-t-il pas inutile à notre démonstration de rappeler que sous la décadence de l'Empire romain, beaucoup de médecins furent tués, emprisonnés ou livrés aux bêtes par des patriciens soupçonneux qui ne se fiaient qu'au secret du tombeau (1). Et plus près de nous, un déséquilibré du nom de Dempton n'assassina-t-il pas à coups de fusil, en novembre 1832, le professeur Delpech, de Montpellier, qu'il soupçonnait à tort, d'ailleurs, d'avoir mis obstacle à son mariage ?

Si, de nos jours, les malades heureusement préfèrent une bonne allocation de dommages et intérêts à ces procédés violents, ils n'en sont pas moins attachés que leurs ancêtres, cependant, à l'antique conception du

---

(1) Stévenard. *Le secret médical et la syphilis*, thèse de Paris, 1904-1905, page 10.

secret médical, telle que le premier Hippocrate la formula. Et le médecin, lié à ses clients par de puissants intérêts, ne peut que respecter leurs désirs, si répréhensibles qu'ils lui paraissent dans certains cas déterminés.

Car le secret médical, s'il répondait à la conception de la Société telle qu'elle pouvait exister du temps Hippocrate et même de Napoléon, se révèle souvent de nos jours en complète opposition avec les intérêts véritables de la collectivité.

Les progrès de la médecine en général, et les découvertes pastoriennes en particulier nous ont appris dans quelles conditions s'effectuait la transmission de certaines maladies, dites épidémiques, et quel péril pouvaient faire courir à leurs semblables ceux qui en étaient atteints.

Il y a donc pour l'autorité sociale un intérêt majeur à connaître ces malades, afin de prendre autour d'eux toutes les mesures prophylactiques nécessaires.

Or, il est impossible de le faire sans porter atteinte au secret médical tel que tendent à le définir beaucoup de médecins praticiens... Le législateur, d'ailleurs, ne s'en est pas pas mis en peine, et a tout simplement décrété que dans de pareils cas, l'intérêt social bien compris l'emportait sur l'intérêt particulier et que le médecin devrait faire aux autorités administratives la déclaration des maladies contagieuses constatées par lui.

La première disposition de ce genre remonte à la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire, édictée en raison de l'épidémie de fièvre jaune qui ravageait alors l'Espagne et le Portugal. L'article 13 de cette loi

punissait d'amende et de prison toute personne qui, « ayant connaissance d'un symptôme de maladie pestilentielle,aurait négligé d'en informer qui de droit » et ce même article ajoutait ; « Si le prévenu est médecin, il sera en outre puni d'une interdiction d'un an à cinq ans ». (1).

Mais les maladies ainsi visées,n'étaient que le choléra, la peste et la fièvre jaune, ce qui ne tarda pas à paraître insuffisant dès que les travaux de Pasteur et des ses élèves eurent aiguillé la Médecine dans une voie nouvelle, et en 1892, dans la loi du 30 novembre sur l'exercice de la médecine, le législateur disposait, par l'article 15, que « tout docteur, officier de santé ou sage-femme serait tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation » et dont la liste, ajoutait la loi, serait dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Un arrêté ministériel du 23 novembre 1893 donna la liste des maladies épidémiques tombant sous le coup de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892. C'étaient la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole et la varioloïde, la scarlatine, la diphtérie, la suette mi-

---

(1) Il est d'ailléurs intéressant de noter que l'article 7 de cette même loi menaçait de la *peine de mort* la violation des règlements sanitaires dans certains cas. C'est là une disposition qu'il serait sans doute bien difficile d'appliquer aujourd'hui !

liaire, le choléra et les maladies cholériformes, la peste, la fièvre jaune, la dysenterie, la fièvre puerpérale, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'avait pas été réclamé, et l'ophtalmie des nouveaux-nés.

L'étendue de cette liste mettait immédiatement en cause le principe même du secret médical, bien que le législateur ait eu soin d'insérer dans l'article 15 en question une disposition portant que « la divulgation de ces maladies n'engageait pas le secret médical ». Comme nous le verrons tout à l'heure, il est difficile de justifier cette allégation. C'est pourtant ce que s'efforçait de faire le ministre de l'Intérieur dans sa circulaire du 1er décembre 1893, adressée aux préfets et relative à la déclaration des maladies épidémiques :

La déclaration obligatoire, disait-il, se justifie d'elle-même.

« Il est impossible, disait le rapporteur de la loi au Sénat, d'organiser l'hygiène dans une ville, dans une commune, si la municipalité, si le Bureau d'Hygiène qui la représente dans un certain nombre de nos grandes villes françaises ne sont pas prévenus, au début d'une épidémie, de chaque fait de maladie épidémique qui se présente dans la ville ou dans la commune. Il faut connaître le mal dès son apparition, sa localisation dans telle maison, dans tel quartier, pour y porter un remède efficace. »

C'est donc l'intérêt qu'a le corps social à connaître dès son apparition une maladie épidémique, qui a conduit le législateur à faire de la dénonciation de cette maladie une obligation pour les médecins.

« C'est là en quelque sorte, disait le rapporteur de la loi

à la Chambre des députés, le prix du monopole concédé aux médecins par l'Etat. » Et le rapporteur de la loi au Sénat exprimait la même opinion : « Il est juste que l'administration demande au corps médical des services d'intérêt public en même temps qu'elle lui octroie des privilèges. »

L'article 15 n'est du reste pas une innovation : il étend à certaines maladies épidémiques l'obligation que l'article 13 de la loi du 3 mars 1822 impose au médecin de dénoncer immédiatement tout cas de choléra, de fièvre jaune ou de peste. Cette observation n'est pas considérée par les juges les plus compétents comme imposant au médecin la violation du secret professionnel.

L'obligation nouvelle de déclarer à l'autorité publique les cas de scarlatine, de fièvre typhoïde, de diphtérie, etc., n'est pas davantage contraire au devoir professionnel du secret. La dénonciation à l'autorité publique n'est pas une révélation dans le sens de l'article 378 du Code pénal. Par exemple, un médecin ne trahit pas le secret professionnel lorsqu'il délivre à l'administration qui a, elle aussi, le devoir d'observer le secret, un certificat permettant de séquestrer un aliéné dangereux.

Sans doute, il peut se rencontrer que le devoir du secret résulte non pas de la nature propre de la maladie, mais des circonstances spéciales, exceptionnelles, dans lesquelles cette maladie se produit. Pour la plupart des maladies épidémiques ces cas seront extrêmement rares. Si, dans une telle occurence un médecin était poursuivi pour défaut de déclaration, il justifierait que les circonstances étaient telles qu'il ne pouvait avertir l'autorité publique et provoquer cependant certaines mesures prophylactiques sans manquer à son devoir professionnel.

On retrouve dans cet exposé les idées déjà émises par Brouardel en 1887 dans son traité du *Secret médical* et que nous avons reproduites au chapitre précédent. C'est la même conception du secret médical limité à la nature honteuse des maladies ou à certaines circonstances de fait que le corps enseignant s'est efforcé depuis lors de faire pénétrer parmi les médecins dans un louable souci de mettre d'accord la tradition du secret et les exigences des lois nouvelles. Mais il serait peut-être préférable d'avouer franchement qu'en vertu du progrès des connaissances modernes et en raison de l'évolution des idées sociales, il est certains cas — qui deviendront de plus en plus nombreux, d'ailleurs — où l'obligation du secret doit céder devant l'intérêt supérieur de la collectivité.

Sans doute, en théorie, on peut soutenir que les maladies épidémiques ne sont pas généralement de celles que l'on tienne à cacher pour elles-mêmes, encore que l'ophtalmie des nouveaux-nés puisse être à bon droit rangée dans cette dernière catégorie ; mais il n'en est pas toujours ainsi : la fièvre typhoïde, par exemple, est considérée par beaucoup de personnes comme une maladie funeste, laissant un déséquilibre mental ou intellectuel plus ou moins accusé, et nous connaissons pour notre part des familles où un pareil antécédent est considéré comme une tare et soigneusement caché. C'est du reste un argument souvent invoqué devant les tribunaux et le récent procès Delpech-Girardin nous en a fourni encore un exemple.

Si nous prenons d'ailleurs la liste actuelle des maladies à déclaration obligatoire, et non plus seulement celle de 1893, nous trouverons qu'elle a été singulièrement augmentée. Le décret du 10 février 1903 y a en effet ajouté la rougeole et aussi la méningite cérébro-spinale, dont on peut pour le moins dire autant que pour la fièvre typhoïde. En outre on y adjoint toute une série de maladies contagieuses à déclaration, il est vrai, facultative, mais dont la divulgation, elle non plus, aux yeux de la loi, n'engage pas le secret professionnel ; ce sont la tuberculose pulmonaire, la coqueluche, la grippe, la pneumonie, l'érysipèle, les oreillons, la lèpre, la teigne, la conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse.

Nous tombons, avec la tuberculose et la lèpre, tout au moins, dans la catégorie de ces maladies dites héréditaires que Brouardel et tous les classsiques considèrent comme relevant nécessairement du secret professionnel. Et cette considération est encore aggravée par ce fait que, tout récemment, l'Académie de Médecine, après des discussions mémorables, vient d'émettre l'avis que la déclaration de la tuberculose pulmonaire et celle de la lèpre soient rendues obligatoires, la seconde de ces maladies devant entraîner l'internement du malade dans une sorte de lazaret anologue aux léproseries du moyen-âge.

Est-il encore possible, après cela, de soutenir que le secret médical n'est pas intéressé par la déclaration des maladies contagieuses en raison de la *nature* même de

ces maladies ? Nous laissons au lecteur le soin de la réponse.

Admettons cependant ce point de vue officiel : il n'en reste pas moins certaines *circonstances de fait* qui prouvent que la déclaration des maladies contagieuses peut être considérée comme une violation du secret parce qu'elle est souvent des plus préjudiciables aux intérêts du malade ou de sa famille.

Il suffit de regarder autour de soi en effet pour remarquer que le seul fait de signaler l'existence d'un cas de maladie contagieuse dans une famille en fait fuir tous les membres comme la peste par leurs amis et connaissances. Et cette propension à la fuite ne fait d'ailleurs que s'accroître avec le développement des connaissances ou demi-connaissances du public en matière d'hygiène. Si cet isolement soudain n'a guère que des conséquences morales au point de vue mondain, il n'en est pas de même quand il s'agit d'un commerçant: la clientèle apeurée disparaît, le chiffre d'affaires diminue et la littérature médicale fourmille d'exemples de conflits survenus entre les médecins et leurs clients par suite du préjudice qu'avait causé à ces derniers la déclaration d'un cas de maladie contagieuse.

En vain objectera-t-on, pour parler comme le Ministre de l'Intérieur, que la « dénonciation à l'autorité publique n'est pas une révélation dans le sens de l'article 378 du Code pénal » parce qu'elle est faite à l'administration « qui a, elle aussi, le devoir d'observer le secret.» Cette autorité publique, en l'espèce, c'est le maire et le

préfet, ou plutôt les employés de la mairie et de la préfecture qui n'ont du secret qu'une idée tout approximative. C'est ainsi, par exemple, que M. Lereboullet (1) cite l'affaire de Couterne, dans laquelle le secrétaire de la sous-préfecture télégraphia à un journal de Paris la déclaraiion du Docteur Petit ! Ce même médecin fut d'ailleurs poursuivi par une fermière qui avait été informée, toujours au mépris du secret professionnel « auquel est tenue l'administration », croit de bonne foi le Ministre, que le lait de sa ferme avait été signalé comme l'agent de propagation de lamaladie !

Et même dans le cas où le secret est gardé par le personnel administratif, il faut compter avec l'effet produit sur le public par les mesures de désinfection et de prophylaxie prises par l'autorité publique. Au lieu d'agir discrètement, les agents de l'administration s'en viennent à grand fracas, tout au moins à Paris, porteurs d'une casquette à inscription et munis d'appareils encombrants renfermés dans une voiture sur laquelle se lisent en grosses lettres les mots « Etuves municipales ». Non contents de faire stationner leur véhicule devant la porte du malade, ils se livrent à une enquête indiscrète, comme nous avons pu le constater nous-mêmes, dans tous les endroits où ils supposent

---

(1) *Déposition devant la Commission sénatoriale chargée d'étudier les modifications de la loi sur la santé publique,* annexe au rapport fait par M. Pierre Even à la Chambre sur le projet de loi Doizy.

que le malade a pu circuler, et affolent ainsi les concierges, les voisins et tout l'entourage. « C'est, dit le Docteur Doizy dans l'exposé des motifs de son projet de loi sur la protection de la santé publique, une véritable *intrusion* du service ». En voici d'ailleurs un exemple typique rapporté sous la signature J. Lecoq dans un article du *Petit Journal* du 17 juin 1911 :

Le praticien dont il s'agit, ayant eu à soigner un de ses clients atteint d'une affection contagieuse, avait fait sa déclaration et prévenu la famille du malade que le service d'hygiène apporterait un sac de cuir pour resserrer le linge contaminé.

Ceci se passait un samedi. Le lendemain, personne... Dame ! c'était un dimanche : le service d'hygiène respecte la loi sur le repos hebdomadaire. Voilà qui est parfait. Il est seulement regrettable que la contagion ne soit pas soumise à cette excellente mesure législative et continue à faire des victimes le dimanche tout aussi bien que les autres jours de la semaine.

Le lundi, personne encore. Enfin, le mardi, arrive un inspecteur :

— Vous avez le sac ? lui dit la dame du logis, impatiente d'éloigner d'elle et de sa famille les dangers de contamination signalés par le médecin.

— Non, madame, répond l'inspecteur ; le sac vous sera apporté plus tard. Pour le moment veuillez répondre aux questions que je vais vous poser.

Et le voilà qu'il fait subir à la pauvre dame ahurie tout un interrogatoire, lui demande depuis combien de temps elle ha-

bite la maison, quel est le prix de son loyer, où travaille son mari.

Et, comme elle manifeste quelque étonnement de cette enquête, M. l'Inspecteur daigne expliquer qu'il s'agit avant tout, pour l'Administration, d'être renseignée sur les ressources de la famille du malade et de savoir si celle-ci pourra payer les frais de la désinfection.

N'est-ce pas admirable ?... Si la famille était sans ressources, pourtant, est-ce qu'on ne désinfecterait pas ?... Mais si, parbleu, on désinfecterait, puisque la loi l'exige d'une façon absolue, on désinfecterait aux frais de l'administration, voilà tout... Alors, à quoi rime cette enquête préliminaire ?

Quand un homme est victime d'un accident dans la rue et qu'on le transporte à l'hôpital, est-ce qu'on s'inquiète de savoir, avant de l'accueillir, s'il pourra payer les frais du traitement ? Non, on le reçoit d'abord et on fait ensuite l'enquête sur sa situation de fortune.

Pourquoi n'agit-on pas de même quand il s'agit de désinfection ?

Dans le cas qui nous occupe, ce n'est que le jeudi qu'un employé apporta le fameux sac. Le linge contaminé avait donc traîné cinq jours dans la chambre du malade.

Cette question de la note à payer semble d'ailleurs inquiéter fort l'Administration. En voici un autre exemple aussi caractéristique (1) :

Il s'agit d'un cas de rougeole dont j'adressais, le 5 décem-

(1) Dr Quidet. Maladies contagieuses et désinfection, in *Bulletin Officiel des Sociétés Médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine*, nº du 5 mars 1905, page 145.

bre dernier, la déclaration prescrite par la loi en demandant l'enlèvement à domicile du linge devant être passé aux étuves. Le lendemain, les employés du service municipal de désinfection se présentaient chez ma cliente et lui déclaraient que si elle donnait le linge à désinfecter, elle devrait subir la désinfection de son appartement par les soins de l'Administration au moyen du procédé actuellement usité et qui consiste en pulvérisation de sublimé.

Or, quand j'avais prévenu ma cliente de l'obligation légale ou j'étais de signaler l'existence d'un cas de maladie contagieuse chez elle, cette dame m'avait formellement déclaré qu'elle ne voulait absolument pas qu'on employât pour désinfecter son appartement la pulvérisation de sublimé — sous prétexte que ce procédé avait détérioré des objets chez des personnes de sa connaissance — se réservant d'avoir volontiers recours au procédé par vaporisation de formol qui ne détériore rien et que l'industrie privée réalise aujourd'hui à des conditions très acceptables. En présence de l'ultimatum formulé par MM. les employés, ma cliente refusa donc purement et simplement de donner le linge à désinfecter et elle me fit part le lendemain de ce qui s'était passé.

Désireux de savoir à quoi m'en tenir sur l'exactitude des prétentions administratives, je me rendis le jour même au Bureau de l'Assainissement où notre confrère le Docteur A.-J. Martin, Inspecteur général des services d'assainissement de Paris, me reçut et m'écouta avec une bonne grâce parfaite.

Dès les premiers instants de notre entretien, il m'assura que les agents de son service avaient, en la circonstance, commis un excès de zèle et qu'il est parfaitement loisible de faire passer à l'étuve municipale des objets (literie ou lingerie)

sans être le moins du monde astreint à subir la désinfection totale des locaux par les soins exclusifs de l'Administration. *Seulement, comme les droits perçus par la Ville sont les mêmes à acquitter pour une désinfection totale ou partielle*, les employés s'étaient mal expliqués : ils auraient dû dire à ma cliente que si elle donnait à passer aux étuves quelques pièces de lingerie, les frais à payer seraient les mêmes que si le service municipal procédait à la désinfection complète des locaux !

Le journaliste qui conte le trait d'incurie de l'Administration que nous avons rapporté en premier lieu ajoute lui aussi : « La désinfection administrative est en général illusoire : elle abîme les meubles et le linge, mais respecte les microbes ! » On voit que c'est une opinion assez répandue dans le public et qui malheureusement est trop souvent l'expression exacte de la vérité. Pendant de longues années on n'a pratiqué en effet la désinfection de locaux contaminés qu'à l'aide de vagues pulvérisations de sublimé qui noircissaient immédiatement tous les objets métalliques, mais ne désinfectaient en réalité à peu près rien. Et l'Administration n'y a pas encore renoncé si nous en croyons un exemple que nous avons eu sous les yeux il y a quelques mois à peine.

D'ailleurs pour qui connaît les difficultés que l'on rencontre a pratiquer l'asepsie, les méthodes en usage actuellement même les plus perfectionnées, ne paraissent-elles pas bien illusoires ? La dissémination des germes n'est-elle pas assurée tout aussi bien — pour ne pas dire

mieux — par l'entourage du malade que par le linge contaminé, l'isolement ne pouvant être que relatif à domicile et les personnes chargées des soins à donner n'ayant le plus souvent aucune connaissance ni aucune pratique des règles de l'art.

Quant à la désinfection des locaux eux-mêmes, comme elle ne peut naturellement s'effectuer qu'une fois le malade rétabli, elle risque d'être à tout le moins bien tardive...

Le corollaire de ces critiques paraît être l'obligation du transport immédiat dans un hôpital *ad hoc* de tout malade suspect d'être atteint d'une affection épidémique... Mais quel ministre se chargera dans l'état actuel de nos mœurs de faire voter et surtout d'appliquer une loi pareille ?

Encore n'avons-nous parlé jusqu'ici que de Paris, où, somme toute, le service d'assainissement fonctionne d'une façon relative. Mais que serait-ce si nous considérions la Province !

D'après l'article 7 de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, « les mesures de désinfection sont mises à exécution dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus par les soins de l'autorité municipale suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet, et dans les communes de moins de 20.000 habitants par les soins d'un service départemental ».

Cette disposition peut paraître singulière, mais elle provient, dit M. Doizy, de ce que le législateur « n'a pas recherché la collaboration bienveillante du corps médical

et n'a point songé à procéder à une vaste enquête auprès des praticiens et à solliciter leur avis sur la meilleure façon d'établir cette collaboration si désirable ». Il en est résulté ce qui ne pouvait manquer d'arriver : que l'assemblage d'incompétences que constitue le Parlement à confié le soin de la santé publique à des incompétents et que le maire et le sous-préfet ont été chargés d'appliquer des règles qu'ils sont absolument incapables d'interprêter convenablement.

Aussi, écoutons ce que pensent les hygiénistes d'une expérience de dix années :

Il est superflu de s'étendre longuement sur l'hygiène rurale, dit M. Paul Coudray (1) : chacun est fixé sur ce qu'elle est. On sait que le grand-prêtre en est l'agent-voyer et le cantonnier l'humble clerc. Cette seule indication suffit pour qu'on se fasse une idée des cocasseries auxquelles elle peut donner lieu. Malheureusement, cette singulière hygiène, si elle ne remplit aucun but utile, coûte quand même de l'argent.

On pourrait croire que dans les villes de quelque importance, sans atteindre 20.000 habitants, on a trouvé mieux que l'agent-voyer flanqué de l'inévitable cantonnier. Erreur. Prenons comme exemple Saint-Lô, 15.000 habitants environ, chef-lieu d'un département qui compte à peu près 500.000 habitants. Le service de la désinfection a pour grand-maître l'agent-voyer chef du département et comme agents les can-

(1) *Presse Médicale*, 22 avril 1914, p. 473.

tonniers. Aucun contrôle médical. Il existe, d'après la loi de 1902, une commission d'hygiène d'arrondissement et un comité d'hygiène départemental. La première donne des avis sur lesquels elle revient dans une séance ultérieure s'ils ont déplu à un gros bonnet politique ou administratif. Quant au comité départemental, il est réuni par le préfet, son président, afin de dire *amen* à la volonté du pouvoir administratif.

Il paraît même qu'il n'existe pas encore d'établissements de bains dans cette excellente ville de Saint-Lô et qu'il faut aller à Coutances pour en trouver; en revanche on y élève des kiosques à musique à 26.000 fr. l'un.

Quant aux bureaux d'hygiène qui doivent fonctionner dans les agglomérations de plus de 20.000 habitants et aux inspecteurs départementaux d'hygiène, il y aurait encore actuellement une quinzaine de villes sans bureaux et cinquante départements sans inspecteur. Pour ce qui est du fonctionnement des bureaux existants, M. Faivre, inspecteur général des services administratifs, les classe ainsi (1) : bons 11 o/o ; assez bons, 30 o/o ; médiocres, 45 o/o; très médiocres, 9 o/o ; en voie d'organisation, 5. Plus de la moitié de ces bureaux ne sont donc pas en état de remplir leurs attributions.

Le docteur Fatome, de Cherbourg (2), fait de son côté ressortir les difficultés pratiques de la désinfection à domicile : « Soixante fois sur cent, dit-il, il s'agit de ménages d'ouvriers ; l'appartement se compose de deux

(1) Cité par M. Wurtz dans l'*Hygiène*, décembre 1912.
(2) *Presse Médicale*, 22 avril 1914, p. 475.

pièces, trois au plus ; elles sont toutes occupées, communiquant toutes directement entre elles, sont toutes indispensables pour les besoins de la vie quotidienne. Comment désinfecter dans ce cas ? Où mettre la famille de cinq à six personnes et plus ! On ne peut cependant pas la jeter à la rue ! Un jour, la rougeole éclate dans une famille composée du père, de la mère et de quatre enfants ; ces derniers sont tous pris. Ma déclaration amène l'intervention du service d'hygiène (1). Le père expose la situation, visible d'ailleurs ; une explication plutôt vive a lieu entre l'employé et le père qui, comme argument final, prend son bâton et met l'employé à la porte. Un des résultats de cet état de choses est le suivant : un enfant est atteint de maladie contagieuse ! on le cache pour ne pas être ennuyé, on le soigne sans l'intervention du médecin. »

Est-ce là le résultat cherché par cette loi « qui, dit-on, ne lèse en rien le secret médical » ? Et les praticiens n'ont-ils pas eu raison de faire entendre, dès qu'on a voulu les obliger à l'appliquer, de véhémentes protestations contre les atteintes inutiles et vexatoires portées au secret professionnel ? En vain la loi du 15 février 1902 est-elle venue reprendre l'article 15 inappliqué de la loi du 30 novembre 1912 et l'aggraver en menaçant d'amende le médecin coupable d'avoir omis la déclaration prescrite, cette loi, comme l'avoue M. Doizy lui-

(1) Intervention bien superflue d'ailleurs !

même (1) « n'a donné jusqu'ici que des résultats fort modestes et souvent décevants. » Ce n'est pas que les médecins prétendent que la société n'ait pas le droit et le devoir de se défendre et ils ne se refusent point à prêter leur concours contre la diffusion des germes transmissibles, mais ils veulent être déchargés de la déclaration, qui viole le principe du secret, comme nous l'avons établi, et qui, en bonne logique, ne leur incombe pas. Et ils entendent, en outre, être consultés sur la façon dont doit être organisée l'hygiène publique de façon à donner à la désinfection le maximum d'effet utile et à lui enlever le caractère odieusement tracassier qu'ont su lui conférer les agents actuels du service d'assainissement. Il n'y a là rien que de très raisonnable comme l'expose fort bien l'un des dirigeants du mouvement syndicaliste médical, le Dr Quidet (2) :

Personne, dit-il, ne songe à contester l'utilité de la déclaration des maladies transmissibles : il est indéniable que l'autorité doit être avertie en pareil cas afin de prendre les mesures de désinfection indispensables.

Si l'on envisage, à juste titre, la loi de 1902 comme une loi de défense de la santé publique, il n'est cependant pas défendu de demander en vertu de quel droit — sinon par celui

---

(1) *Loco cit*, p. 1.

(2) Docteur Quidet : A propos du vote de l'Académie de Médecine relatif à la déclaration obligatoire des maladies transmissibles, communication à la Société Médicale du VIe ar. in *Bulletin Off. des Soc. Méd. d'arr. de Paris*, 20 janvier 1904, p. 65.

du plus fort — le législateur de 1892, imité en cela par celui de 1902, a cru devoir imposer au médecin — traitant une obligation que celui-ci n'avait nullement sollicitée et qui, à la vérité, *ne le regarde pas*. On objectera peut-être qu'en 1893 les médecins n'ont point fait entendre de réclamations : il est facile de répondre que le corps médical ne possédait pas alors l'organisation et la cohésion dont les récents Congrès des Praticiens ont fourni un exemple capable de donner à réfléchir aux plus sceptiques.

Nos efforts ont pour but de dissiper une équivoque à tous points de vue fâcheuse, car il semble qu'on a fait vraiment bon marché du secret médical à l'observance duquel — en d'autres circonstances aussi intéressantes cependant pour la santé publique — les tribunaux se chargent de nous rappeler avec des considérants motivés.

Le législateur a totalement méconnu cette considération d'ordre essentiel que, lorsque nous pénétrons chez un client, c'est sa confiance en nous même qui nous ouvre la porte de sa demeure.

C'est donc nous placer parfois dans une alternative pénible pour notre conscience et notre dignité que nous contraindre à répondre à cette confiance en nous transformant en dénonciateurs de faits que nous n'avons pu connaître qu'en *raison de l'exercice de notre profession*...

Que l'on veuille bien se convaincre en haut-lieu que notre résistance provient non de l'absence d'une rétribution pécuniaire de la part du département ou de la commune, rétribution souhaitée par certains confrères qui, malgré nos efforts personnels, ont fait adopter un vœu dans ce sens à la séance de clôture du Congrès de Lille de 1908.

Notre résistance s'appuie sur d'autres mobiles et d'autres

considérants : elles ont, comme l'a judicieusement exposé M. Seytre, faite de respect pour le secret médical, de respect pour l'intérêt de la famille, pour la confiance qu'elle nous accorde, pour la prière qu'elle nous adresse, faite aussi, avouons-le sans fausse honte, de respect pour notre propre intérêt qui nous commande de ne pas désobligér un client, lequel nous demandera le plus souvent, de taire la maladie dont il est atteint.

Le transfert de l'obligation légale de la déclaration au chef de famille ou au logeur ne heurte aucune susceptibilité et présente l'avantage rare de sauvegarder les droits et les devoirs de chacun.

La statistique n'y perdra rien.

Aucun des arguments contraires ne soutient un examen approfondi. Avec l'extension des connaissances générales, la diffusion des notions d'hygiène et la compréhension chaque jour plus large du devoir social, il sera facile au médecin traitant de décider les intéressés à adresser sans retard à l'autorité municipale le certificat rédigé en forme spéciale délivré par lui aussitôt son diagnostic établi : l'habitude en sera vite prise.

Au surplus, l'énoncé des pénalités pourrait figurer au verso du certificat médical afin d'avertir les fortes têtes des conséquences d'une infraction.

Que dans les cas exceptionnels d'impossibilité de la part du malade ou de son entourage, ou d'extrême urgence, le médecin soit *invité* à faire parvenir la déclaration, et personne ne se soustraira à une obligation morale ainsi présentée, pour laquelle il sera d'ailleurs aisé d'obtenir l'assentiment des intéressés en faisant valoir l'utilité personnelle des mesures de désinfection nécessaires.

Cette réforme de la législation en vigueur, les médecins, les sociétés médicales, les syndicats, l'Académie de Médecine sont unanimes à la réclamer. Et leurs protestations ne datent point d'aujourd'hui ! En 1896 ; le Dr A.-J. Martin constatait déjà dans un rapport à l'assemblée générale de l'Association Générale des Médecins de France qu'un grand nombre d'articles et de discussions avaient vu le jour sur la question de la déclaration, et il proposait de prendre en considération le vœu émis par la Société Médicale de Saône-et-Loire réclamant que « la déclaration des maladies épidémiques soit faite par la famille du malade et non par le médecin ». Dès 1893. le Professeur Reynier avait d'ailleurs écrit : (1) « Il faut, si l'on veut que la déclaration des maladies contagieuses soit *acceptée par les médecins et les familles* qu'elle soit faite *de médecin à médecin* et ne sorte pas de cette façon de l'enceinte professionnelle... Il faut qu'il y ait dans chaque arrondissement et même dans les gros bourgs, un bureau sanitaire ayant à sa tête un médecin qui recevra les déclarations de ses confrères et s'assurera en causant avec eux que les malades sont suffisamment isolés ».

Il est à remarquer d'ailleurs que le projet de loi sur la protection de la santé publique, tel qu'il avait été voté par la Chambre, associait le chef de famille, le logeur où les personnes de l'entourage du malade dans l'obli-

---

(1) Pierre Even. *Loco cit.*, p. 3.

gation de la déclaration. Le Sénat, malheureusement, ne crut pas devoir suivre la Chambre dans cette voie, sur une intervention de son rapporteur, M. Cornil, qui, mû par un excès de zèle, exprima la crainte de voir les épidémies s'accroître en raison du retard causé par la latitude laissée aux intéressés de s'attendre l'un l'autre avant de faire la déclaration prescrite.

En 1907, le professeur Widal, dans un rapport à l'Académie de Médecine sur les épidémies (1) déclarait : « Il est injuste et imprudent que la responsabilité de la déclaration des maladies transmissibles pèse uniquement sur le médecin. C'est aux chefs de famille, au chef d'établissement, au logeur que doit incomber l'obligation de cette déclaration. »

Et la longue discussion qui suivit se termina par le vote du vœu suivant (2) :

« 1° La déclaration des maladies visées à l'article 4 de la loi du 15 février 1902, et dont l'Académie a établi la liste, est obligatoire solidairement pour le chef de famille, le logeur ou chef d'établissement, et pour le médecin traitant ;

2° Poursuite rigoureuse de toute infraction et application des peines prévues par la loi, peines dont la sévérité sera augmentée si l'expérience les montre insuffisantes. »

A ces conclusions, le Congrès des Praticiens tenu à

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. LX, p. 687.
(2) Rapport de M. Strauss, sénateur, n° 61, année 1910.

Lille en 1908 répondit, sur le rapport du docteur Seytre de Cannes, par le vote du vœu suivant :

« Considérant que la déclaration par le médecin des cas de maladies contagieuses connues de lui telle qu'elle est prévue par l'article 5 de la loi du 15 février 1902 constitue pour lui une obligation gênante, dangereuse et souvent incompatible soit avec son intérêt personnel, soit avec d'autres obligations lui incombant par ailleurs, émet le vœu que l'article 5 de la dite loi soit modifié dans le sens ci-après :

« La déclaration de tous les cas de maladies contagieuses est obligatoire pour tout parent, frère, tuteur, ami, maître ou patron du malade et généralement pour toute personne destinée à vivre auprès de lui pendant le cours de la maladie, qui devra la faire en adressant à l'autorité municipale un certificat rédigé en forme spéciale par le médecin traitant. Celui-ci est tenu de délivrer ce certificat à la famille ou au malade aussitôt son diagnostic établi. »

Au début de 1909, M. Clémenceau, ministre de l'Intérieur, fit savoir que le Gouvernement était disposé à présenter un projet de loi imposant conjointement la déclaration au médecin et au chef de famille, mais il déclarait en même temps, fidèle à ses habitudes comminatoires bien connues, qu'il ne déposerait le projet en question que lorsque le corps médical aurait commencé à appliquer la loi de 1902.

Dans un article du 15 avril de la même année, paru dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médi-*

eaux de France, le Dr Millon expliqua pourquoi le corps médical « n'avait pas marché ». Et il est probable, ajoutait-il, « qu'il ne marchera pas davantage tant qu'on ne lui aura pas démontré que les secours publics sont organisés et bien organisés, pour effectuer d'utiles opérations. Il ne marchera pas, d'autre part, tant qu'on ne lui aura pas assuré un mode de déclaration qui satisfera ses intérêts et ses besoins de courtoisie et de bienveillance envers ses malades. »

Le projet Clémenceau, cependant, vit le jour. D'après lui, les médecins devaient recevoir un carnet de déclarations contenant trois sortes de feuilles : une première feuille, portant le diagnostic, devait être signée par le médecin, et remise au chef de famille qui était tenu de l'envoyer d'urgence à la mairie. En remettant cette feuille, le médecin devait en demander reçu et rappeler à son client les dispositions de la loi, lui faisant une obligation de cette déclaration. L'autorité municipale, en recevant le bulletin, devait en aviser immédiatement le médecin, et si ce dernier n'était pas en possession dudit avis dans les quarante huit heures, il était alors tenu lui-même de faire la déclaration.

Dans l'exposé des motifs de ce projet de loi, M. Clémenceau reconnaissait en ces termes le bien fondé des doléances du corps médical :

« Nous estimons que les plaintes des médecins sont fondées en ce que la responsabilité de la déclaration des maladies visées par la loi ne saurait continuer à peser sur eux ;

nous estimons qu'il est à la fois utile et juste d'associer à cette responsabilité, par quelques moyens à déterminer, celle du chef de famille ou d'établissement ; nous disons que cette réforme est utile ; *il serait vain de dissimuler, en effet, que le Gouvernement, en dépit de tous ses efforts, aurait grand'peine à appliquer la législation protectrice de la santé publique sans le concours cordial des médecins, et qu'il lui serait matériellement impossible d'atteindre ce but si ses efforts devaient se heurter à une résistance passive quasi unanime.* Il y a donc le plus haut intérêt à déterminer un terrain d'entente, à rechercher une solution propre à nous assurer pour l'avenir cette collaboration générale des médecins dont le Gouvernement a besoin, autant qu'il le souhaite ».

Les propositions du Gouvernement cependant furent assez fraîchement accueillies par le corps médical. Le troisième Congrès des Praticiens en particulier, reprit à ce propos les vœux de 1908 et déclara « trouver insuffisante pour l'intégrité du secret médical et dangereuse pour la dignité, l'influence et l'exercice professionnels une modification de l'article 5 de la loi de 1902 qui reporterait sur le médecin traitant l'obligation d'une délaration non remplie par l'intéressé ». Il est vrai que, d'après ce même vœu, le médecin devait « accepter sa part de responsabilité dans les mesures à prendre pour entraîner le chef de famille à faire lui-même cette déclaration, en étant tenu de délivrer au chef de famille le certificat nécessaire ».

De son côté, l'Association Générale des Médeicns de

France avait reçu de M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, communication du texte du nouveau projet de loi et son Président, M. Lereboullet, avait été invité à le défendre devant la Commission sénatoriale et à faire tous ses efforts pour obtenir, par la collaboration des médecins et de l'Administration, un texte qui rendît désormais plus facile l'application de la loi. Après discussion, et sur l'assurance officielle que l'Administration se refusait de façon absolue à décharger complètement le médecin de la déclaration dans la crainte qu'une épidémie grave ne résulte de la non-déclaration de la maladie par le chef de famille, l'Association décida de se rallier à la proposition Clémenceau tout en réclamant que la liste des maladies à délaration obligatoire fût revisée et ramenée au minimum réellement utile, que la déclaration fut faite au médecin des épidémies et non au maire ou au préfet, et enfin que la déclaration ne fût obligatoire que dans le cas où elle pouvait être suivie d'une sanction efficace, c'est-à-dire de l'isolement du malade et de la désinfection, car « là où l'on ne peut ni isoler ni désinfecter, il sera bien difficile de faire comprendre la nécessité de déclarer. »

Les événements politiques habituels survinrent sur ces entrefaites, les ministres s'en furent, d'autres les remplacèrent, et le projet Clémenceau s'endormit dans la douce quiétude des cartons sénatoriaux...

Dans le corps médical, cependant, la discussion continuait. Il nous est impossible d'entrer dans le détail

de toutes les solutions proposées à ce problème : Comment concilier l'obligation du secret avec la nécessité de la déclaration ? Tous les auteurs s'accordaient bien à reporter l'obligation de déclarer sur le chef de famille ou ses assimilés, en vertu du principe admis généralement que le médecin peut, sans violer le secret professionnel, remettre au malade lui-même un certificat constatant la nature de l'affection dont il est atteint, ce dernier pouvant en faire tel usage qu'il lui plaira. Mais où l'accord devenait difficile, c'était sur la façon de régler la remise de ce certificat au service chargé d'assurer l'assainissement. Les uns proposèrent une rétribution du certificat (1) par l'Administration : celle-ci, en recevant la note du médecin, serait avisée par le fait même de l'existence d'un cas de maladie contagieuse et si elle n'était pas en possession du certificat, pourrait demander des explications au chef de famille fautif. Ce système, déclaré « ingénieux et rapide » par le Dr Letulle dans son rapport de l'Académie de Médecine sur la déclaration de la tuberculose, fut par contre vivement pris à partie dans certains milieux et qualifié par exemple de « délation policière déguisée, d'autant plus choquante qu'elle serait rétribuée » (2). D'autres proposèrent que le chef de famille donnât au médecin décharge du certificat sur un carnet à souche qui serait

(1) Dr Lepaitre. *Bulletin Officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, 30 juin 1912, page 354.

(2) Dr Noir. *Concours médical*, 27 octobre 1912.

périodiquement contrôlé par l'Administration. Ce système serait bien simple, s'il n'avait pour inconvénient évident d'apporter un retard considérable à l'exécution des mesures urgentes nécessaires.

La question resta ainsi en suspens jusqu'à la fin de 1912, époque à laquelle le Dr Doizy, député des Ardennes, déposa à la Chambre une proposition de loi reprenant à peu près le projet Clémenceau, en ce qu'elle substituait le chef de famille ou d'établissement au médecin pour la déclaration à l'autorité, avec obligation pour ce dernier de déclarer lui-même au cas où il n'aurait pas été avisé dans les 48 heures par l'administration de la réception de son certificat. Mais M. Doizy spécifiait que la déclaration devait se faire à un médecin départemental d'hygiène dont il réclamait la création et non plus au maire ou au préfet. Il demandait aussi une enquête auprès des groupements médicaux pour entendre leurs explications et leurs propositions.

Nommé rapporteur de ce projet de loi, M. Pierre Even procéda en effet à cette enquête dont les résultats montrèrent que le corps médical ne se montrait pas en général très enthousiaste de la proposition Doizy en raison surtout de la mauvaise organisation actuelle des services d'assainissement et de désinfection. L'*Association Générale des Médecins de France* approuva d'abord le projet devant la Commission de la Chambre par l'intermédiaire de ses délégués, MM. Gaucher, Bellencontre et Levassort : « Le projet, dit ce dernier (1), donne

(1) Paul Coudray. *Presse Médicale*, 11 octobre 1913, p. 1147.

satisfaction au corps médical... Si la déclaration est faite par le chef de famille et si la désinfection qui en sera la conséquence est efficace, nous déclarerons. » Mais à l'Assemblée générale de l'Association, la discussion fut vive M. Levassort défendit sa manière de voir en faisant ressortir que le projet Doizy modifiait beaucoup la situation du médecin : « Le médecin n'intervient que pour remplir un devoir social, et auquel assez difficilement peut-être nous pourrons nous soustraire. » La même thèse fut soutenue par MM. Lavergne et Lepaitre.

M. Delpeut combattit vigoureusement cette opinion. Pour lui, le médecin n'a pas à jouer un rôle social, mais seulement à faire acte médical ; or, la déclaration est incontestablement un acte social. D'autre part, dit-il, la proposition Doizy aggrave singulièrement la situation du médecin : actuellement, on peut opposer à la loi la force d'inertie, tandis qu'avec le projet Doizy le médecin aura tout juste 48 heures de répit et sera condamné s'il ne dénonce pas le client qui se sera dérobé à la déclaration ; il sera même plus durement frappé en cas de récidive, chose monstrueuse si l'on songe qu'il sera ainsi rendu collectivement responsable des actes indépendants de deux individus différents !

L'Assemblée se laissa convaincre et adopta un vœu suivant lequel le médecin devait être complètement déchargé de la déclaration. Le chef de famille apposerait sa signature sur une souche en recevant son certificat des mains du médecin mais cette souche serait « soumise au secret professionnel et ne pourrait être dévoilée

par le médecin traitant qu'au cas de poursuites personnelles ».

Le Syndicat médical de Paris adopta une attitude analogue. Le Syndicat de médecine sociale de la Seine repoussa de même la proposition Doizy, en considérant que la déclaration n'aurait d'effet utile que si, au préalable, toutes les mesures nécessaires étaient prises pour assurer une prophylaxie et une désinfection sérieuses et efficaces », et que le médecin « en aucun cas ne devait se porter dénonciateur des affections qu'il constate ». En terminant, ce syndicat émettait d'ailleurs le vœu que « les pouvoirs publics luttent sans merci contre les mauvaises conditions d'hygiène : l'alcoolisme, les logements insalubres, le péril vénérien, réorganisent la désinfection et imposent la désinfection uniquement à la famille du malade. »

Quant à l'Union des Syndicats médicaux de France, son Conseil d'Administration vota l'ordre du jour suivant : (1)

« Considérant que la déclaration des maladies contagieuses a pour but de permettre la prophylaxie de ces maladies au moyen de la désinfection ;

« Que l'organisation de la désinfection est actuellement rudimentaire ;

« Que les moyens réels de désinfection n'existent pas dans l'immense majorité des communes de France ;

---

(1) *Bulletin Officiel*, 16 juin 1913, p. 374.

« Que, d'autre part, la désinfection prescrite par la loi de 1902 a pris le caractère d'une désinfection imposée, acceptée avec répugnance par un grand nombre de citoyens, alors qu'elle devrait être considérée au contraire comme une mesure utile aux malades et à leur entourage non moins qu'à l'intérêt général ;

« Que l'exécution de la loi de 1902, telle qu'elle a été promulguée, s'est heurtée jusqu'ici à l'opposition du corps médical en raison des inconvénients majeurs qu'elle présente (caractère de délation, violation du secret professionnel) ;

Que cependant le corps médical organisé, ayant pleine conscience de son devoir social, du rôle qu'il doit jouer dans la prophylaxie des maladies contagieuses, se déclare prêt à collaborer avec les pouvoirs publics pour l'organisation pratique de la lutte contre les maladies contagieuses ;

« Réclame une organisation sérieuse de la désinfection à laquelle devraient être appelés à participer les syndicats médicaux ;

« Se déclare opposé plus que jamais, en se fondant sur les avis des Syndicats adhérents, à la déclaration des maladies contagieuses faite directement ou indirectement par le médecin à l'administration ;

Et demande que les Syndicats médicaux soient appelés par les Pouvoirs publics à examiner les moyens conformes aux intérêts de tous pour l'organisation de l'hygiène et de la défense sanitaire ».

Une pareille profession de foi ne pouvait que surprendre et désagréablement impressionner ceux auxquels elle s'adressait et qui, comme dit M. Doizy dans son exposé des motifs, « vivent toujours avec l'idée d'autorité

que leur a légué un long passé ». Aussi M. R. Lafontaine commente-t-il en ces termes l'effet produit :

« Le problème n'est pas pour cela résolu, au contraire. Et c'est ce qui fait l'intérêt de notre visite au Sénat, nous l'avons posé clairement. Nous ne nous sommes pas contentés de de faire œuvre négative. Nous avons opposé la thèse syndicaliste à la thèse bureaucratique.

Nous avons refusé le rôle de policiers qu'on nous offrait, mais nous avons proposé à l'administration de s'aboucher avec nos syndicats qui sont particulièrement aptes à jouer le premier rôle dans l'organisation de la défense sanitaire.

Nous avons parlé en techniciens et examiné le problème en techniciens, et précisément sur ce terrain-là il se trouve que nous sommes tout à fait opposés à la conception bureaucratique de l'hygiène.

En médecins qui connaissent les difficultés de la situation, nous avons parlé de l'hygiène méthodique et librement acceptée. Nous avons dit : « Il faut d'abord bien examiner les moyens de rendre efficaces les mesures projetées. La désinfection n'est pas si simple que cela. Elle doit être faite avec soin et surtout à temps. Elle ne peut vraiment jouer utilement que si le médecin la dirige lui-même, que s'il fait prendre lui-même des mesures intelligentes, que s'il fait dans une certaine mesure, besogne d'éducateur auprès de ceux qui sont les premiers intéressés à ne pas être victimes de la contagion. »

Dénoncez d'abord ! nous a-t-on répondu. Et à notre conception vivante et technique, on a opposé une hygiène coercitive, dans laquelle les susceptibilités des gens et les difficul-

tés techniques comptent peu, dans laquelle on désinfecte comme on jette en prison. »

Mais si, comme on le voit, l'opinion régnante à l'Union des Syndicats médicaux de France est nettement — et l'on peut dire passionnément — défavorable à la déclaration par le médecin traitant des cas de maladies contagieuses constatés par lui, par contre un état d'esprit inverse s'affirme parmi les médecins membres de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris.

Cette Société, en effet, après avoir nommé une commission chargée d'examiner la question, adopta les conclusions suivantes que nous trouvons exposées dans une lettre adressée à M. Even (1).

« La Commission partage l'avis du docteur Doizy relatif aux réformes qu'il propose d'apporter à l'organisation de l'administration sanitaire actuelle : elle insiste plus particulièrement sur la nécessité de rendre obligatoire l'institution actuellement facultative de l'inspecteur ou directeur départemental des services d'hygiène.

« Elle partage tout à fait son avis que la déclaration se fasse désormais de médecin à médecin, du médecin traitant au médecin sanitaire (directeur départemental des services d'hygiène et médecin sanitaire régional), et non plus par le médecin traitant aux représentants non médecins de l'administration communale (maire) et départementale (préfet).

Mais, dans ces conditions qu'elle juge capables de sauvegarder intégralement le secret médical, elle estime qu'il serait

(1) Pierre Even. *Loco cit.*, p 9.

inutile de faire transmettre au médecin sanitaire, par la famille ou l'entourage du malade, la déclaration que lui remettrait le médecin traitant, cette déclaration indirecte exposant le médecin traitant en cas de non-transmission par la famille de la déclaration qui lui aurait été confiée, à se trouver dans l'obligation de faire directement aux autorités sanitaires une déclaration qui risquerait de ne pas être mieux accueillie par l'opinion médicale que la déclaration primitive actuelle.

La Commission juge plus pratique, plus rapide et plus acceptable par les médecins, la déclaration directe de médecin à médecin, du médecin traitant au médecin sanitaire, sans passer par l'intermédiaire de la famille du malade.

Elle estime en conséquence, que la réforme de l'administration sanitaire doit précéder logiquement la réforme du mode de la déclaration. .. »

Cette opinion est en somme un retour à la solution proposée dès 1893 par le professeur Reynier et dont nous avons parlé plus haut. C'est aussi celle à laquelle se rallie M. Gautrez, directeur du Bureau d'Hygiène de Clermont-Ferrand, lorsqu'il propose (1) de transformer l'hygiène administrative actuelle en organisme médical : « le médecin départemental ou le chef du Bureau d'Hygiène d'arrondissement recevrait, sous le sceau du secret, la déclaration du médecin-traitant qui collaborerait avec lui au sujet de la désinfection et des mesures prophylactiques ». Et c'est aussi la solution qu'ont proposée

(1) P. Coudray. *Presse médicale*, 11 octobre 1913, p. 1147.

divers techniciens de l'hygiène à la Réunion Sanitaire Provinciale de 1913. M. Guillemin, de La Rochelle, déclare en particulier : « Nous ne devons entrer dans les familles qu'avec les médecins des familles » et M. Ott (1) écrit au début de son rapport au Conseil général pour l'année 1912, ces paroles frappées au coin du bon sens :

« *A mes yeux, la solution des nombreuses questions soulevées par la désinfection se trouve dans la reprise en mains par le corps médical de la direction de la désinfection dans les classes aisées, le recours au service départemental de désinfection ayant lieu exclusivement pour les indigents qui ne peuvent assumer les frais de ces opérations. C'est dans cette direction que j'aiguillerai de plus en plus le service avec la collaboration du corps médical, que j'espère de plus en plus intime.* »

En somme, la déclaration, telle qu'elle est actuellement réglementée, est condamnée par l'unanimité du corps médical et une bonne partie des hygiénistes et des hauts fonctionnaires du service sanitaire tant à raison de ses inconvénients que de l'inutilité des mesures qui lui font suite : il est donc à peu près certain que ses jours soient comptés. Là où les avis diffèrent, cependant c'est quand il s'agit d'établir les modalités du nouveau régime.

De l'exposé que nous venons de faire, il ressort que nous nous trouvons en présence de trois grandes solutions typiques qui peuvent se caractériser ainsi :

---

(1) Paul Coudray. *Presse médicale*, 20 mai 1914, p. 589.

1° *Suppression complète de la déclaration par le médecin traitant* avec comme corollaire la réorganisation de l'hygiène par le corps médical organisé, en l'espèce les syndicats médicaux, c'est la solution de l'Union des Syndicats ;

2° *Maintien de la déclaration par le médecin traitant*, mais suppression de l'intermédiaire administratif actuel (maire et préfet), la déclaration se faisant directement de médecin à médecin ; c'est le système de la Société de l'Internat et des hygiénistes divers ;

3° *Transmission de la déclaration par le chef de famille*, ou l'entourage du malade, avec l'obligation pour le médecin-traitant de faire une déclaration secondaire à l'organisation sanitaire administrative actuelle légèrement modifiée c'est le système Doizy auquel, paraît-il les médecins de la Chambre seraient en grande partie favorables.

Comme nous le verront dans le chapitre suivant, il nous semble que chacun de ces trois systèmes comporte des avantages particuliers dont la combinaison serait susceptible de faire disparaître une bonne partie de leurs inconvénients respectifs.

L'obligation de la déclaration nous paraît en effet devoir incomber en premier lieu au malade ou à son entourage ;

Il est nécessaire, d'autre part, que le médecin soit tenu de réparer les négligences possibles commises par ses clients sous ce rapport, ou en cas d'urgence extrême, de prendre les devants et de faire une déclaration directe ;

Mais cette déclaration, pour ménager les susceptibi-

lités légitimes du malade et les intérêts essentiels du médecin, devrait être transmise ou faite directement à des médecins conscients de la nécessité du secret et capables par leur éducation de l'observer réellement ;

Enfin, il paraît non moins indispensable de réorganiser l'hygiène publique en collaboration intime avec le corps médical, pour en faire disparaître tout l'arbitraire administratif et restreindre la désinfection et la prophylaxie aux mesures réellement utiles, tout en respectant les intérêts particuliers des malades.

Et surtout, il conviendrait de ne pas se borner à des mesures purement locales, de ne pas se contenter de détruire ici ou là quelques colonies de microbes plus ou moins dangereux, de faire en un mot de la médecine palliative, de la thérapeutique de symptômes, mais il faudrait s'attaquer résolument *aux causes* elles-mêmes des maladies, c'est-à-dire faire de l'hygiène sociale préventive, capable d'opposer à tous les agents infectieux dont nous pouvons être éventuellement menacés un terrain réfractaire et le plus possible immunisé.

CHAPITRE III

De la nécessité de réorganiser l'hygiène publique si l'on veut rendre vraiment utile la déclaration des maladies transmissibles.

C'est qu'en effet, en y réfléchissant bien, là seulement se trouve la solution du problème : dans une refonte complète de notre organisation sanitaire.

Car la question du secret médical, si elle a formé jusqu'à présent la base de l'opposition des médecins à la déclaration des maladies contagieuses, n'a été soulevée que pour *des raisons de pure pratique*.

En théorie, nous l'avons vu, il semble que l'opinion de ceux qui prétendent que la déclaration des maladies contagieuses n'engage pas le secret, puisse se justifier, dans la majorité des cas au moins,

Du moment que l'obligation de cette déclaration est inscrite dans la loi, que le malade sait *sait avant de se confier à son médecin*, que celui-ci est tenu, dans un intérêt supérieur, de le dénoncer, on ne peut pas raison-

nablement parler « d'abus de confiance » ni de violation du secret.

Mais, cette conception, si excellente soit-elle en théorie, se révèle tout à fait défectueuse en pratique.

Il arrive fréquemment, en effet, comme nous l'avons exposé, que *par ses conséquences,* désinfection à grand fracas, enquête indiscrète, en un mot « intrusion » administrative, la déclaration entraîne pour le malade ou son entourage des suites extrêmement préjudiciables.

D'autre part, il est constant que le médecin ayant occasionné ces désagréments par sa déclaration, on lui en fasse grief sans tenir compte des nécessités de sa position. Or, l'on sait à quoi aboutit, pour le médecin, un grief de ce genre : « la situation du médecin vis-à-vis de ses malades, dit le Dr Charles Valentino (1), est de tous points semblables à celle du commerçant vis-à-vis de ses pratiques : le médecin vend ses ordonnances comme le boulanger son pain, et l'on change de médecin comme de boulanger, lorsque l'un ou l'autre manque de capacité ou de complaisance. »

Il est donc extrêmement fâcheux de placer le médecin entre son intérêt et sa conscience, et cette raison à elle seule doit suffire pour entraîner une revision de la législation actuelle.

Cette revision s'impose d'ailleurs d'autant plus, qu'à considérer l'évolution récente des idées courantes en matière d'hygiène, nous marchons rapidement à une

(1) *Le secret professionnel en médecine*, p. 27.

aggravation singulière de la situation.

D'abord limitée par la loi de 1822 à la peste, à la fièvre jaune et au choléra, la déclaration, avons-nous dit, a été décrétée obligatoire en 1893, en outre, pour la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole, la varioloïde, la scarlatine, la diphtérie, la suette miliaire, la dysenterie, les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveaux-nés. En 1903 on y ajoute la rougeole, la méningite cérébro-spinale épidémique et une liste de maladies à déclaration facultative comprenant la tuberculose pulmonaire, la grippe, la coqueluche, la pneumonie, l'érysipèle, les oreillons, la lèpre, la teigne, la conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse. En 1913, l'Académie de Médecine propose de ranger la tuberculose pulmonaire parmi les maladies à déclaration obligatoire, et en 1914 elle en fait autant pour la lèpre.

Voilà déjà une liste assez longue de maladies, mais il est évident qu'elle est destinée à s'augmenter au fur et à mesure des progrès de la pathologie.

Pour être logique avec soi-même, puisque c'est au nom de la santé publique, que l'on impose la déclaration des maladies contagieuses, ne faudrait-il pas aussi l'appliquer aux maladies vénériennes ? (1).

C'est là une des questions les plus graves qui se posent à l'Etat moderne et il n'est pas douteux que la Société ne doive en envisager la solution à bref délai si

---

(1) Cette hypothèse est déjà réalisée au Danemark d'une façon générale et en Hollande en cas de mariage.

elle veut pouvoir se préserver d'une des causes les plus redoutables de dégénérescence de la race et de dépopulation qui existent.

Ce sujet est du reste journellement l'objet de débats multiples, non seulement à la Société de Prophylaxie sanitaire et morale, mais dans une infinité d'Associations ou de réunions médicales et il a fait couler des flots d'encre dans tous les pays; il est tellement vaste et complexe, d'ailleurs, qu'il nous est tout à fait impossible même de l'effleurer au terme de cette étude. Mais il ne s'en impose pas moins avec une force croissante à l'attention des hygiénistes.

Une autre tare des plus funestes, et que l'on peut même dire fatale pour l'avenir de la société de par les dégénérescences multiples qu'elle entraîne au point de vue de la descendance, c'est l'alcoolisme. Sans doute il ne s'agit pas ici d'une maladie contagieuse au sens pastorien du fmot, d'une maladie que l'on puisse prévenir par la désinfection, malheureusement, mais elle est contagieuse elle-aussi, au moral pour l'entourage du malade, comme au physique pour ses enfants et le mariage ne devrait-il pas être interdit à certains alcooliques, comme aux épileptiques ou aux syphilitiques ?

Dans un autre ordre d'idées, il a été beaucoup question ces derniers temps, des dangers que font courir à à leurs semblables certains malades paralytiques généraux au début ou autres tarés, quand ils sont chargés d'un service public dont dépend la vie de centaines de personnes et dont la bonne exécution peut être mise en

péril par leur affection insoupçonnée ou soigneusement celée : aiguilleurs, mécaniciens de chemins de fer, conducteurs de tramways, etc. La déclaration du médecin qui constate l'une de ces affections n'apparaît-elle point aussi dans ces cas comme extrêmement désirable ?

Oui, sans doute, et ce serait une solution très simple de tous ces problèmes, et de bien d'autres encore, comme par exemple l'avortement, que celle qui consisterait à obliger le médecin à violer le secret médical chaque fois que l'intérêt social serait en jeu ; mais où cela nous entraînerait-il ?

Le médecin deviendrait une sorte de gendarme ou d'espion redouté, que chacun fuirait comme la peste et auquel personne n'oserait plus se confier, de peur d'être atteint sans s'en douter d'une de ces affections sans nombre qui déchaîneraient les foudres administratives et entraîneraient la perte d'une situation péniblement acquise, sinon la relégation dans un asile de pestiférés modernes.

Et la société, pour avoir trop voulu se protéger, se verrait à nouveau menacée par la foule anonyme de ceux qui essayeraient de cacher leur mal jusqu'à ce qu'il fût devenu irrémédiable.

Nous poussons évidemment ces hypothèses à l'extrême et l'on nous objectera que nous n'en sommes heureusement pas encore là ! Non certes, mais c'est l'aboutissant logique de la voie dans laquelle on s'est engagé en basant toute notre organisation sanitaire actuelle sur cette solution simpliste de la déclaration et de son corollaire obligé, la désinfection.

Or, la désinfection si elle est utile et même nécessaire en certains cas, ne donne le plus souvent *qu'une fausse sécurité :* ou elle ne stérilise réellement pas, ou bien elle ne peut s'effectuer que trop tard, alors que les germes ont pu tout à loisir se disséminer, ou enfin elle laisse subsister les causes réelles, générales de l'infection :

« L'idée de combattre les maladies par l'extermination des microbes fut à l'origine une idée de chirurgiens habitués à *stériliser* leur champ opératoire. Elle devait être acceptée facilement par les savants théoriciens qui peuplent l'Académie. De l'Académie, elle passe chez les politiciens enthousiasmés par la *merveilleuse simplification* qu'en acquérait le complexe problème de l'hygiène sociale. Elle représentait la plus belle occasion de faire plaisir à l'électeur, en lui donnant une sécurité pour ainsi dire officielle. Elle lui prouvait la sollicitude des élus se préoccupant de lui octroyer la santé comme ils lui garantissent déjà le suffrage universel ou l'instruction laïque, gratuite et obligatoire...

« Au surplus que nous dit la clinique ? Que nous dit notre expérience de praticiens ?

« Elle nous dit qu'en pathologie le rôle du germe est accessoire et primordiale est l'importance du terrain.

« Il est vrai que le microbe est à l'origine de la plupart des maladies. Mais où ne sont-ils pas, les microbes? Ils sont partout, *innombrables et fatals comme une nécessité biologique*, et se riant des misérables marmites au moyen desquelles nous avons la prétention de les exterminer. Ils sont autour de nous, ils sont en nous, toujours prêts à commencer la désa-

grégation des individus en état de moindre résistance, dont ils paraissent chargés de faire rentrer les éléments dans l'anonymat des atômes (1).

Sans aller comme les auteurs de cette citation jusqu'à conseiller d'exposer nos enfants à la contagion de la rougeole pour leur faire contracter la maladie lorsqu'ils sont jeunes et en état de meilleure résistance et les immuniser ainsi contre ses atteintes ultérieures à la caserne ou ailleurs, nous devons admettre cependant que la question du *terrain* est primordiale en effet en matière d'hygiène et de prophylaxie. Et c'est pourquoi, comme l'universalité du corps médical, nous réclamons une réforme sérieuse de l'hygiène avant toute modification de la loi sur la déclaration des maladies contagieuses. Et nous demandons une réforme faite conformément aux desiderata des médecins, et non pas seulement des mésures anodines, dictées par le souci de ménager la masse ignorante des électeurs.

A quoi bon désinfecter quelques cas d'érysipèle ou de rougeole ou même de tuberculose, si en même temps on cultive l'alcoolisme, on laisse s'ébattre sur tous les trottoirs la plus basse des prostitutions, sévir les fraudeurs en autorisant leurs mélanges savants, croupir les classes pauvres dans d'obscurs taudis, et vendre au pu-

(1) Drs Campinchi et Lafontaine. *L'Hygiène par l'Etat ou l'Hygiène par les Syndicats* ? Rapport au IVe Congrès des Médecins-praticiens français, Paris 27-29 mai 1914, p. 4 et suivantes.

blic des victuailles étalées dans les rues parmi les poussières et les immondices ; si l'on ne s'émeut même pas de voir la grande presse empoisonner ses lecteurs par l'annonce intéressée de mille drogues mirifiques dont la vente, qui mieux est, est interdite par la loi ?

Que les pouvoirs publics, donc, veuillent bien résoudre ces problèmes d'abord, et lorsqu'il faudra en venir à la déclaration contrôlée des maladies contagieuses et aux mesures de désinfection nécessaires, nous ne doutons pas que, l'éducation du peuple étant faite et les procédés mis en œuvre réellement utiles, l'Etat ne rencontre auprès des malades et des médecins tout l'empressement qu'il désire et qui lui manque aujourd'hui.

CONCLUSIONS

En résumé, nous pouvons tirer de ces diverses considérations les conclusions suivantes :

1° L'obligation du secret médical, pour les tribunaux comme pour les médecins, est absolue et d'ordre public;

2° La Société a le plus grand intérêt à son observation stricte afin que ses membres malades n'hésitent pas à recourir au médecin pour recevoir les soins que réclame leur état et ne deviennent pas ainsi une cause d'infériorité générale ou de danger pour leurs semblables ;

3° Les médecins ont également le plus grand intérêt à son observation en raison des liens étroits, moraux et matériels, qui les enchaînent à leurs malades ;

4° La Société, d'autre part, a besoin de savoir quels sont ceux de ses membres qui sont atteints de maladies transmissibles afin de pouvoir prendre les mesures nécessaires pour éviter qu'ils ne deviennent un foyer de contagion ;

5° En s'appuyant sur cette nécessité, elle a, depuis 1892, et si l'on veut, depuis 1822, demandé aux médecins de déclarer à l'autorité compétente, tenue elle-même au secret, certains cas de maladies contagieuses dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession ;

6° Cette déclaration, si l'on se place à un point de vue théorique, n'engage pas le secret professionnel et

ne constitue pas, comme on l'a prétendu, un abus de confiance du médecin vis-à-vis du client, ce dernier sachant, avant de se confier à son médecin, qu'il est exposé à une révélation éventuelle de sa maladie ;

7° Cette déclaration n'engage pas non plus le secret médical le plus souvent en raison de la nature même des maladies en question, mais il n'en est pas toujours ainsi ;

8° Il y a du reste, à ce point de vue, une tendance nette des pouvoirs publics à faire rentrer dans la catégorie des maladies contagieuses à déclaration obligatoire des affections dites héréditaires ou honteuses, dont la nature engagera nécessairement le secret médical ;

9° En outre, il existe une foule de circonstances de fait qui font que la déclaration des maladies contagieuses expose le malade ou son entourage à des désagréments multiples, et lui cause un préjudice matériel, toutes choses qui font dans ces cas qu'on peut assimiler la déclaration à une violation du secret médical telle qu'elle est ordinairement définie ;

10° Il en résulte également un préjudice considérable pour le médecin qui doit opter trop fréquemment entre la perte de son client ou la violation des prescriptions de la loi ;

11° De sorte que, par une conséquence inévitable, la loi sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses soulève journellement de véhémentes protestations de la part du corps médical et reste fréquemment inappliquée en fait ;

12° Cette situation étant des plus préjudiciables tant

à la société qu'aux malades et aux médecins, il importe d'y remédier d'urgence par une modification appropriée de la législation en vigueur ;

13° La déclaration paraît devoir être imposée à l'avenir, non plus au médecin seul, mais en première ligne au malade ou à son entourage, et ce, sous menace d'une certaine pénalité et d'une responsabilité pécuniaire déterminée envers les personnes qui auraient été contagionnées par le fait de leur négligence ;

14° En cas de non déclaration par le malade ou son entourage, ou s'il y avait urgence extrême, le médecin continuerait comme par le passé à être tenu de faire une déclaration directe, mais en aucun cas il ne pourrait être soumis à une pénalité plus forte que celle encourue par le malade ou son entourage ;

15° Cette déclaration devrait être faite à un médecin sanitaire tenu et habitué au secret, et non plus comme actuellement à l'autorité administrative ;

16° Le médecin sanitaire chargé des mesures de prophylaxie nécessaires serait tenu de les prendre d'accord avec le médecin-traitant; ces mesures seraient appliquées suivant les indications du médecin-traitant et de façon à ménager les susceptibilités ou les intérêts légitimes du malade ;

17° Ces soins individuels de désinfection et de prophylaxie ne pouvant être réellement efficaces que s'ils sont accompagnés de mesures d'hygiène générale propres à faire disparaître les causes de certaines maladies ou à mettre les individus en état de meilleure résistance,

la refonte des lois sur la protection de la santé publique devrait être complète et procéder d'un programme d'ensemble arrêté d'accord avec le corps médical ;

18° En tout cas, dans l'élaboration de cette organisation nouvelle, le législateur devrait ne pas perdre de vue la nécessité de respecter le secret médical et par conséquent recourir à des mesures qui ne mettent pas en jeu l'existence de ce dernier et ne soient point basées sur la dénonciation par le médecin-traitant des affections constatées par lui ; parmi ces mesures on peut citer la séparation absolue du médecin traitant et du médecin-contrôleur, l'acceptation de certificats de santé ou de maladie sans diagnostic précis ; la transmission de ces certificats par le malade lui-même, etc.

19° Il semble que la réalisation d'un pareil programme rallierait les suffrages de la grande majorité des médecins et permettrait aux pouvoirs publics de lutter efficacement contre les principales causes de mortalité et de dépopulation qui sévissent en France.

Vu :
Le Président de Thèse,
THOINOT.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bégouin. — *Journ. de méd. de Bordeaux,* 1906, p. 469.

Bergeron. — Médecine légale et jurisprudence médicale 1904.

Brouardel (P.). — Le secret médical, Paris 1887.

— La responsabilité médicale, Paris 1898.

— La profession médicale au début du XX^e^ siècle, Paris 1903.

Butte. — *Gaz. méd. de Paris*, 1904, p. 545.

Campinchi et Lafontaine. — Rapport au IV^e^ Congrès des Praticiens, Paris 1914.

Chambrelent. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1906, p. 415.

Champeaux. — *Presse méd.*, Paris 1908, XVI, annexes, p. 729-731.

Coppens. — Morale et médecine, 1901.

Coudray (Paul). — *Presse méd.*, Paris 1913 : 1^er^ mars, p. 237 ; 11 octobre, p. 1145. — 1914 : 2 avril, p. 473 ; 20 mai, p. 588.

Coupé (A.). — Le secret médical au point de vue moral professionnel et criminel, *thèse de Paris*, 1875.

Curel (E.). — Du secret médical, *thèse de Strasbourg*, 1867.

David. — Jurisprudence médicale, 1887.

Dechambre. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicale, 3e série. *Secret*, p. 419.

— Le Médecin, 1883.

Declercq. — *Anjou médical*, 1909, p. 155.

— *Concours médical*, 1910.

Delabost (E.), Le secret médical et les sociétés de secours mutuel. *Rapport au Syndicat des Médecins de Rouen, 1902*, in *Bulletin off. de l'Union des Syndicats méd. de France*, 1910, p. 205.

Dejan. — *Journal de Médecine de Paris*, 1903, p. 316.

Descourt. — Société de médecine légale de France. (*Bulletin*, Paris, 1890, p, 205).

Diday (P.). — Le péril vénérien dans les familles.

Doizy. — Proposition de loi tendant à modifier les articles 4 et 5 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique et notamment à décharger le corps médical de la déclaration. *Chambre des députés*, annexe au procès-verbal de la 2e séance du 8 novembre 1912.

Dubrac. — Jurisprudence médicale et pharmaceutique, 1893.

Duchamp. — *Loire médicale*, Saint-Etienne, 1908, p. 37 et 97.

Dupuy. — Le dogme du secret médical ; essai de réfutation, Paris 1903.

Even (Pierre). — Rapport fait au nom de la commission

de l'Hygiène publique chargée d'examiner la proposition de loi de M. Doizy, tendant à modifier les articles 4 et 5 de la loi du 15 février 1902. *Chambre des Députés*, annexe au procès-verbal de la séance du 23 mai 1913.

Favreau. — Le secret professionnel en médecine mentale, *Thèse de Paris*, 1887-1888.

Fazembert (A.) — Responsabilité légale des médecins traitants, *Thèse de Paris*, 1903.

Folet. — *Journal de Médecine de Paris*, 1903, p. 313.

Fournié. — Le secret médical devant les garanties sanitaires du mariage, *Soc. Médic. du VI^e^ arrondissement de Paris*, 25 avril 1904.

Fournier (A.) — Syphilis et mariage.

Gaide. — *Gazette des hôpitaux*, 1863.

Grasset. — Principes de Déontologie, Paris, 1900.

Hallays. — Le secret professionnel, Paris, 1890.

Hamdi. — Congrès internat. de Médecine professionnelle, Paris, 1900. C. R., p. 389.

Hémar. — Le secret médical considéré au point de vue de la révélation des crimes et des délits, *Annales d'hygiène et de Méd. lég.*, 2^e^ série, XXI, p. 186.

Hubert. — La loi sur les accidents du travail et le secret médical professionnel, *Thèse de Paris*, 1904.

Jacquemin. — Avortement et secret médical, *Thèse de Paris*, 1910-1911.

Jeanbrau. — *Presse Médicale*, Paris 1909, XVII, annexes p. 297.

Jollivet. — Secret, discrétion et tact chez les médecins, *Thèse de Paris*, 1890-1891.

Jullien (L). — Traité pratique des maladies vénériennes, Paris, 1899.

— Blennorrhagie et Mariage, Paris 1898.

Jurisprudence générale et législation de la Médecine-Pharmacie (Recueil Phily), Paris 1911.

Lacombe (Bruno). — Le secret professionnel en médecine, discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée de la Cour de Bordeaux le 16 octobre 1885.

Laveaux (A.). — Du secret en médecine dans ses rapports avec la jurisprudence, *Thèse de Paris*, 1867.

Lande. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1906, p. 431.

Léchopié et Floquet. — Le Code des médecins, 1890.

Le Gendre (P.) et Lepage (G.). — Le médecin dans la société contemporaine, Paris 1902.

Léo. — *Correspondant médical*, Paris 1907, n° 318, p. 13.

Lepaitre. — *Bulletin off. de l'Union des Synd. méd. de France*, 30 juin 1912, p. 355.

Lereboullet. — *Gazette hebd. de Médecine*, Paris 1894, p, 229, 241, 253.

Millon. — *Bulletin off. de l'Union des Syndicats méd. de France*, 1909.

Montier. — *Revue méd. de Normandie*. Rouen, 1903, p. 102-108.

Morache (G). — Le mariage, étude de socio-biologie et de médecine légale, Paris 1902.

— La profession médicale ; ses devoirs, ses droits. Paris 1901.

— *Journal de médecine de Bordeaux*, 1900, p. 293, 310, 325, 355 et 1901, p. 39.

Moureau et Lavrand. — Le médecin chrétien Paris 1902.

Mouzin-Lysis. — La responsabilité professionnelle *thèse de Paris* , 1889.

Mutéau (Ch). — Du secret professionnel, Paris, 1870.

Noir. — *Concours médical* 1910.

Olive et Le Meignen. — *Gazette méd. de Nantes*, 1908, p. 786-796.

Pactet. — L'aliénation mentale chez les employés des chemins de fer, soc. clinique de médecine mentale, *Bulletin* : mars, 1914, p. 82).

Pandectes françaises, IX, Art de guérir. Médecine et Pharmacie. LI, Secret professionnel.

Petit (Paul). — Des moyens propres à assurer les garanties sanitaires du mariage, Société médicale du VI^e^ arrondissement de Paris, 28 décembre 1903.

Perrié. — *Presse médicale*, Paris 1908, XVI, p. 353.

Plédy. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1906I, p. 571.

Plisson. — Le secret médical dans l'armée, Paris, 1908.

Pitres. — *Progrès médical*, Paris 1906, p. 602.

Quidet. — Les maladies contagieuses et la désinfection, Sté Médicale du VI^e^ Arrt. de Paris, décembre 1904. (*Bulletin off. des Stés Médicales d'Arrt. de Paris*, 5 mars 1904).

— La déclaration obligatoire des maladies trans-

missibles, Sté Médicale du VI[e], novembre 1908, *Bulletin*, 20 janvier 1909.

Recueil périodique de Dalloz.

Rémy. — *Bulletin méd. chir. des accidents du travail*, Paris 1908, p. 505-510.

Répertoire alphabétique du Droit français, art. secret professionnel.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1004,

Rosenwald (L. E.). — L'enseignement de la Déontologie médicale dans les Facultés, *thèse de Paris*, 1902.

Richaud. — Le secret professionnel et les administrations publiques. *Bulletin off. de l'Union des Syndicats méd. de France*, 1[er] octobre 1913. pr 606 et 16 décembre 1913, p. 821 et suiv.

Sécheyron. — *Archives médic. de Toulouse*, 1909 p. 286.

Seytre. — Rapport au 2[e] Congrès des Praticiens, Lille 1908.

Stévenard. — Le Secret médical et la syphilis, *thèse de Paris*, 1904-1905.

Thibierge. — Syphilis et Déontologie, Paris, 1903.

Thoinot. — *Revue de Médecine légale*, Paris 1906, p. 123.

— *Annales d'Hygiène*, Paris 1909, p. 177-205.

— *Gazette Médicale de Paris*, décembre 1909. p. 11.

— Précis de Médecine légale, Paris, 1910.

Tardieu. — Etude médico-légale de la syphilis, XXI, p. 340.

Thomas (G.). — La Médecine devant la Loi, Paris 1893.

Valentino (Ch) — Le secret professionnel en médecine ; sa valeur sociale, *thèse de Paris*, 1902.

— *Revue d'hypnotisme et de psychologie physiol.*, Paris 1903-1904, p. 49.

Verwaest (Paul). — Le secret professionnel, étude médico-légale, Paris 1892.

Vibert (Ch.). — Médecine légale, Paris 1911.

Viollet. — Sur le secret médical, *Société Médicale du VI^e^ arrondissement de Paris*, 27 juin 1904.

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.